

## **Особенности лечения суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии в детском возрасте**

**Савьюк Никита Александрович**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

**Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Строгий**

**Владимир Владимирович**, *Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

### **Введение**

Среди нарушений ритма у детей, требующих неотложной медицинской помощи, наиболее часто встречается пароксизмальная тахикардия, а именно ее суправентрикулярная форма. Среди ее причин наиболее часто выступают: наличие дополнительных проводящих путей (синдром укороченного PQ и WPW-синдром), воспалительные поражения миокарда. Несмотря на современный высокий уровень инструментальной диагностики и применение современных интервенционных методов лечения, остаются нерешенными ряд вопросов в педиатрической практике.

### **Цель исследования**

Анализ лечения детей с суправентрикулярной формой ПТ в условиях педиатрического стационара в сравнении с подходами и результатами лечения зарубежных коллег.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ с последующим наблюдением 46 детей (мальчиков-56,5%, девочек – 43,5%), лечившихся в кардиологическом отделении УЗ «2-я детская клиническая больница» г. Минска в период с 2013 по 2017 г. по поводу суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии.

### **Результаты**

Основная причина пароксизмальной тахикардии — функционирование дополнительных проводящих путей (синдром WPW 19,6% и укороченного PQ 15,2% детей). Наиболее частые сопутствующие патологии: вегетативная дисфункция (19,6%), проявление синдрома дисплазии соединительной ткани в виде наличия пролапса митрального клапана 1 степени (19,6%), в сочетании с дополнительными хордами левого желудочка сердца (у 50% больных) и функционирующего овального окна (у 8,7% детей), гипертрофия небных миндалин и аденоидной ткани (23,9%).

Купирование приступов физическими методами оказалось эффективным у 8,7% детей грудного возраста и у 67,4% более старшего, но в 43,5% случаев приступы повторялись. Из лекарственных препаратов наиболее эффективным и применяемым оказался кордарон (100%), затем верапамил (66,6%) (использовался в случае исключения WPW-синдрома).

Приступ ПТ приводит к повреждению и нарушению метаболизма миокарда (увеличение содержания миокардиальных ферментов в крови у 65,2%). Так, по сравнению с детьми контрольной группы, отмечено увеличение содержания кретинфосфокиназы до 131 (121,9-147,8) Ед/л (среди здоровых – 24 (19-32) Ед/л;  $P<0,001$ ) и изоферментов лактатдегидрогеназы (НВДН) до 163 (110,9-199,7) Ед/л (среди здоровых – 110(87-129) Ед/л;  $P<0,001$ ).

С профилактической целью наиболее эффективным оказалось применение  $\beta$ -адреноблокаторов, кордарона и реже – пропafenона. Еще более эффективным является комбинированное использование указанных препаратов.

### **Выводы**

Среди физических методов купирования приступа ПТ, особенно в раннем возрасте, следует использовать «перевернутое положение», а для плановой профилактической терапии приступов ПТ следует применять прежде всего  $\beta$ -адреноблокаторы, затем пропafenон и, учитывая наличие побочных эффектов – кордарон. В раннем возрасте наиболее эффективным является комбинированное использование антиаритмических препаратов. Подходы в лечении и наблюдении детей с ПТ в РБ находятся на мировом уровне и сравнимы с результатами зарубежных исследований.